

参考資料 1

モデル事業取組事例集

- 取組実施市町村：南城市
 - 人口：44,043人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

- 「生活狀況情報提供シート」
出典：沖縄県提供資料

取組事例（2/3） - 沖縄県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：南城市
 - 人口：44,043人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：かかりつけ医・薬局・沖縄県保険者協議会・南城市（腎臓病重症化予防プロジェクトチーム）

工夫点：

- かかりつけ医からリンクワーカーに支援を依頼するための「南城市への支援依頼シート（チェックシート）」（右図参照）を対象者の血圧手帳・糖尿病連携手帳・おくすり手帳等に貼付け、かかりつけ医が指示項目に簡単にチェックできるようにした
- 薬剤師との連携において、腎機能に関するデータを分かり易くシール化し、対象者のお薬手帳に貼る等の工夫を行ったことで、薬剤師の的確な服薬指導につながった

南城市への支援依頼シート
南城市の保健師・管理栄養士が以下の項目について支援します。

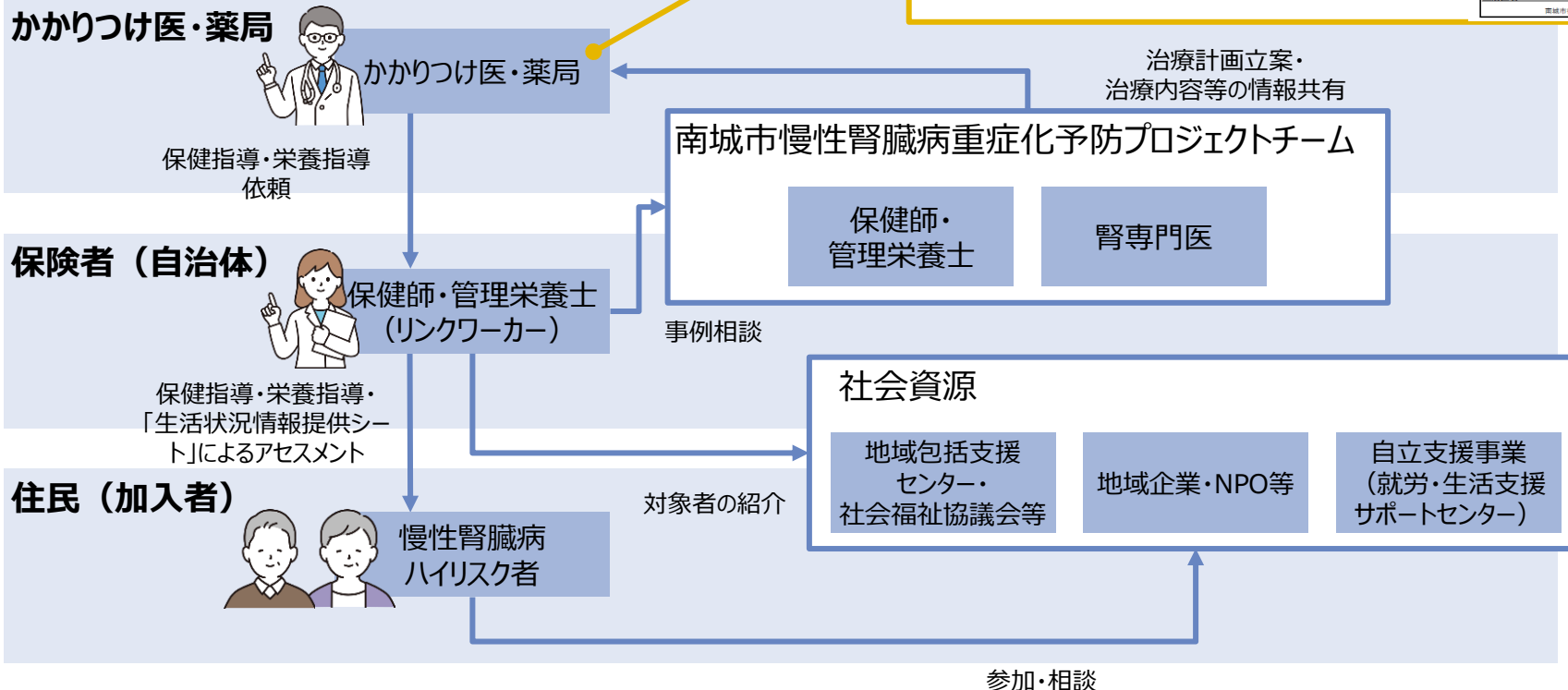
指示項目にチェックをお願いします。

☐ 家庭血圧測定について
☐ 服薬管理について（内服忘れ等）
☐ 検査結果に応じた保健指導
（検査結果をご本人へ提供をお願いします）
☐ 医師の指示による栄養指導

表示エネルギー	Kcal/日
炭水化物	%E比
たんぱく質	g/日
食塩摂取量	g/日

☐ 経済的支援に関する事
☐ 就労支援に関する事
☐ 地域コミュニティや通いの場への参加促進
☐ 運動など身体活動に関する事
☐ 外出手段や方法に関する事
☐ その他

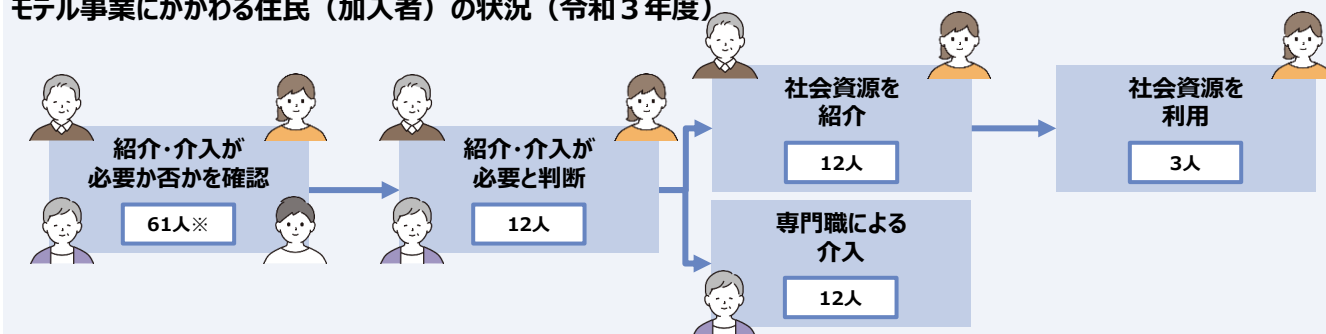
保健師署名 _____ 記載日 R 年 月 日
主治医署名 _____
南城市分庁健康推進課 TEL _____



取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況（令和3年度）



※：61人＝慢性腎臓病重症化予防の取組でかかりつけ医と連携し、1年以上支援している対象者

取組効果

- 既存事業（慢性腎臓病重症化予防プロジェクト）においても、かかりつけ医との連携はあったが、本事業において対象者の生活課題まで確認したことでかかりつけ医から「短い診療時間内では対象者の社会生活面の課題まで把握することが困難であるため助かった」との反応があり、**かかりつけ医と保険者の連携がさらに強化された**
- 多職種で事例検討を行うことで**医療と地域福祉との繋がり**の場となった
- 対象者からは、「地域活動へ参加することで生活にハリができた」という声があった
- 経済的な問題のあるケースを生活保護に繋ぎ、適正な医療受診に繋がった

今後の方針

- 既存事業である「慢性腎臓病重症化予防プロジェクト」を推進する中で、対象者の社会生活面の課題をかかりつけ医と共有しながら、地区担当保健師・管理栄養士がリンクワーカーとして必要な社会資源につなぐ等の取組を継続して実施
- 「県国保ヘルスアップ支援事業」を活用し、他の市町村国保へかかりつけ医等と連携した重症化予防の取組の横展開を進める予定

取組事例（1/3） - 静岡県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：静岡市
 - 人口：693,389人（令和2年時点）
 - 高齢化率：30.5 %（令和2年時点）

- かかりつけ歯科医と連携することで、生活習慣病等重症化予防対策における早期かつ多層的介入を実現できないか検証している。

取組の目的

- 以下の検証を目的として実施
 - かかりつけ歯科医がと取組の入口となり得るか
 - どのようなケースにおいて歯科診療が支援の窓口になり得るか

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン：**かかりつけ歯科医による診察時
- 対象者の抽出方法：**対象者が記入したモニタリング用「チェックシート」からの抽出・指わつかテスト（フレイルチェック）結果による抽出・歯科医師の聞き取りによる判断

リンクワーカー

- 担い手：**歯科医（静岡市口腔保健支援センター）、社会福祉士（清水歯科医師会 在宅医療会議相談室）
- 確保・養成のための取組：**保健師等がコロナ対応に従事し始めたこともあり、実施無し

社会資源

- 主な社会資源：**地域包括支援センター、医療保険者や市町保険センターが実施している健康相談事業、通いの場等
- 社会資源の選定の方法：**リンクワーカーが対象者の状況を踏まえ、選定

ご記入ください。氏名

質問項目にあてはまる回答を「○」をお願いいたします。 記入日1 令和 年 月 日

項目	回答		
質問1 健康に気を付けた食事をおこなっていますか	1. はい	2. いいえ	
質問2 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度をお答えください	1. ほぼ毎日	2. 週に2-3回	3. 週に1回又はほとんど飲まない
質問3 睡眠が十分とれていますか	1. はい	2. いいえ	
質問4 一週間に1回は汗をかく程度の運動をしていますか	1. はい	2. いいえ	
質問5 自分が元気にあふれていると思いますか	1. はい	2. いいえ	
質問6 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ	
質問7 1日1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	1. はい	2. いいえ	
質問8 周囲以外の人・知人とのコミュニケーションの程度についていますか？（訪問、電話やメール、SNSなどのオンラインでの含む）	1. ほぼ毎日	2. 週1-3回	3. 月1-3回
	4. 年に数回	5. なし	
質問9 あなたの心配事や懸念を聞いてくれる、むしろはあなたが聞いてあげる人はいいますか？	1. はい	2. いいえ	
質問10 あなたが抱えていることがあった時に相談先はありますか？（複数回答可）	1. 家族・親族	2. 友人・知人の	3. 民生委員・福祉ボランティア
	4. 医師・歯科医師・看護士	5. 行政機関	6. いずれも
	7. その他（ ）		
質問11 体調が悪い時や健康について相談したときに、もっと受診する必要があると思いますか	1. はい	2. いいえ	
質問12 現在、生活上の支障がなにもありませんか？（身体、経済、介護、経済的な困難等）	1. はい	2. いいえ	
質問13 気がかりなことや相談したいことがあればお書きください。（自由記述欄）			

「チェックシート」
出典：静岡県提供資料

取組事例（2/3） - 静岡県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：静岡市
 - 人口：693,389人（令和2年時点）
 - 高齢化率：30.5 %（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：静岡県保険者協議会、静岡市、歯科医師会、医師会

工夫点：
かかりつけ歯科医やリンクワーカーへの情報共有のため、モデル事業実施歯科医師による報告会。歯科医師会合同意見交換会等を実施

工夫点：
チェックリストについては、「歯科医の手間がかからないこと」「歯科医の診療に支障等をきたさないようにすること（患者に不信感を与えないようにすること）」を意識し、以下の形式とした

- ① 複写式（事務の負担軽減のため）
- ② 歯科医師にはFAXを送ってもらうだけの運用
- ③ 患者のフレイルチェックの実施有無が一目で分かるように壮年期患者用と更年期患者用でシートを色分け

かかりつけ歯科医・歯科医師会



かかりつけ
歯科医師

チェックシート・
患者情報の共有

リンクワーカー
（歯科医・社会福祉士）



保険者（自治体）

歯科受診・
チェックシートの記入・
フレイルチェック（指輪つかテスト）

住民（加入者）



住民
（子ども～高齢者）



社会資源の紹介

社会資源

健康・栄養指導の場
（健康相談事業、
料理の講習会等）

社会参加の場
（通いの場、老人クラブ
活動、ボランティア活動
等）

介護相談の場
（市町介護保険所、
地域包括支援
センター、）

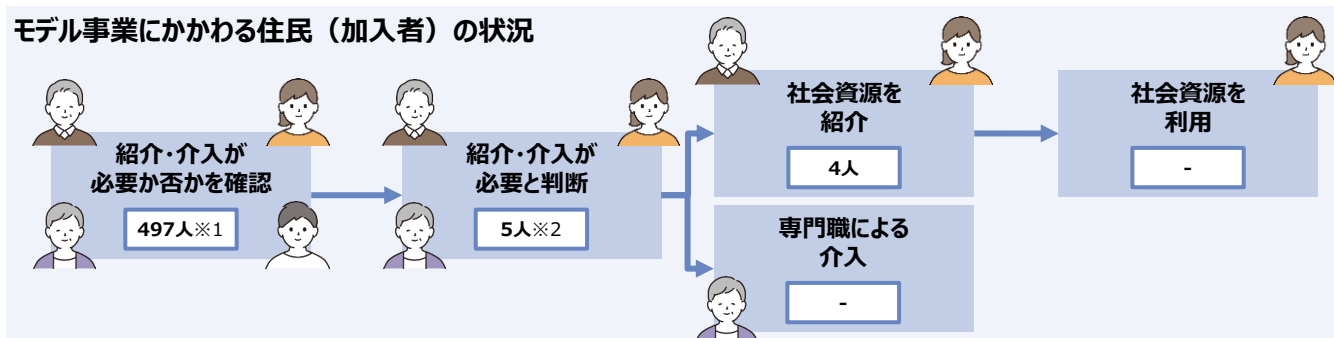
その他
（育児サークル、各種相
談窓口、フードバンク等の
経済的支援）

対象者の紹介

参加・相談

取組の成果

取組結果



※¹：497人＝チェックシートに記載された人数

※²：5人＝チェックシートにおいて「健康状態があまり良くない・良くない」と回答した対象者のうち、「悩み相談先がない」と答えた人数

取組効果

- 医科は受診しないが歯科には定期的に受診する方が多いことや歯科は日常的に患者と会話できる素地があることから、**紹介・介入や医療への受診が必要な対象者の把握**につながった
 - 歯科受診時に歯科以外の病気について聞き出せたことで、**重症化する前に医療機関への受診**につながったケースがみられた
- 対象者から「自分を見つめ直す機会となった」との感想が伺えた
- 本事業で実施した分析（KDBデータによる概況分析及び被用者保険の医科歯科レセプトデータによる生活習慣病との関連性分析）が、翌年、歯科口腔の健康課題に関する分析につながった

今後の方針

- 令和3年度に本事業を実施した結果、「社会的処方」に関する共通認識不足が課題としてから見てきたことから、令和4年度に静岡県として「**社会的処方**」を保険者等に啓発する事業を展開（健康保険組合及び国保保険者等への研修会の実施）

取組事例（1/3） - 栃木県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：宇都宮市
 - 人口：518,757人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9 %（令和2年時点）

- 特定健診・特定保健指導の機会を活用することで、住民の「社会生活課題」への気づきや医療機関や地域活動との連携の強化を進めようとしている。

取組の目的

- 宇都宮市の特定健診からみる被保険者の健康課題について、これまでの健診結果によるものだけでなく、被保険者の「社会・生活面」を踏まえた保健指導による課題の解決・改善を図ること
- 「健康の社会的決定要因（SDH）」に、かかりつけ医や保健師・看護師等が目を向け、健康面の改善だけでなく、生活面の改善や孤独・孤立防止等のための地域活動への繋ぎについても検証すること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン：特定健診の際に、健診の質問票に加えて「生活の課題」に関する質問シート（SDHアンケート、右図参照）を記載してもらい、経済面や周囲との関係性等の「社会・生活の課題」と、本人の主観的な健康感、生活満足度についてスクリーニングを実施
- 対象者の抽出方法：特定健診後に特定保健指導につながった方を対象に、特定保健指導の際にSDHアンケートの情報等を踏まえ、判断

リンクワーカー

- 担い手：特定健診実施機関である医療保健事業団健診センターの保健師
- 確保・養成のための取組：かかりつけ医やリンクワーカーを対象に、「社会的課題」への気づきや地域の「社会的資源」との連携、本人に寄り添った相談・支援の方法等についてケース検討を実施

社会資源

- 主な社会資源：地域活動（サロン・趣味の会・ボランティア等）、地域包括支援センター、社会福祉法人の相談窓口、まちの保健室、第2層協議体、市の相談窓口等
- 社会資源の選定・リスト化の方法：選定について、保健指導の内容を基に、個別のケース検討会を開催し、対象者に適した社会資源を選定。リスト化について、医療・介護資源をデータベース化した「宇都宮市地域包括資源検索サイト」に「社会資源」として地域活動や公的相談窓口等を新たに追加して公開

厚生労働省モデル事業
生活に関するアンケート

私は、裏面の事業趣旨を確知・理解し宇都宮市と宇都宮市医師会、宇都宮市医療保健事業団が行う「かかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」に参加・協力し、私の健診データや医療情報に関するものを、本事業の範囲に基づき使用することに同意します。また、本事業に協力している研究機関（大学等）の調査・研究のため、個人を特定できない措置をとったうえで私に関する情報を使用することに同意します。

受診日	2022年	月	日
受付番号			
氏名			

該当する項目について「☒」を記入してください。
なお、空欄または「☐」については答えていなくても結構です。

NO	質問事項
1	この1年間で、給与や年金の支給日前でも、いつも通りの生活ができていますか。 ☐ できていた ☐ ほぼできていた ☐ 時々困った ☐ いつも困った
2	家族や親戚や会話をしている人はどのくらいありますか。 ☐ ほぼ毎日 ☐ 時々するくらい ☐ 用事があれば ☐ ほとんどない
3	この1年間で、家計の支払い（税金、保険料、携帯代、電気代など）は、いかがでしたか。 ☐ 問題なかった ☐ ほぼ問題なかった ☐ 時々困った ☐ いつも困った
4	友人・知人と会話や連絡をする機会はどのくらいありますか。 ☐ ほぼ毎日 ☐ 時々するくらい ☐ 用事があれば ☐ ほとんどない
5	ご自身の健康に満足していますか。 ☐ とても満足している ☐ おおむね満足している ☐ あまり満足していない ☐ 満足していない
6	今の生活に満足していますか。 ☐ とても満足している ☐ おおむね満足している ☐ あまり満足していない ☐ 満足していない

アンケートへのご協力ありがとうございました。

「SDHシート」
出典：栃木県提供資料

取組事例（2/3） - 栃木県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：宇都宮市
 - 人口：518,757人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：**健診・保健指導実施機関（宇都宮市医療保健事業団）、栃木県保健者協議会、宇都宮市医師会、宇都宮市で実施

保健者（自治体）

保健者
協議会

各種データ・
事業実施報告

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

工夫点：
モデル事業以前から「健康の社会的決定要因」や「社会的処方」に関心・知見のある医師会関係者を中心に構成
上記以外の医師に対しては、勉強会を開催

健診結果、SDHアンケート
結果の共有

特定保健指導の実施依頼
健診結果・生活上の課題の
情報提供

健診・保健指導実施機関 （健診センター）



保健師
（リンクワーカー）

社会資源DB

特定健診受診
SDHアンケートの記載

特定保健指導の実施
医療機関への受診勧奨
地域資源の紹介と参加の勧奨
フォローアップ

工夫点：
特定保健指導の一環として、「社会・生活」面に関するアセスメントや地域資源の紹介・参加勧奨を行うことで、日常業務の延長線上でリンクワーカーとしての役割を担うことができるようにする

住民（加入者）



特定健診
受診者

参加・相談

社会資源

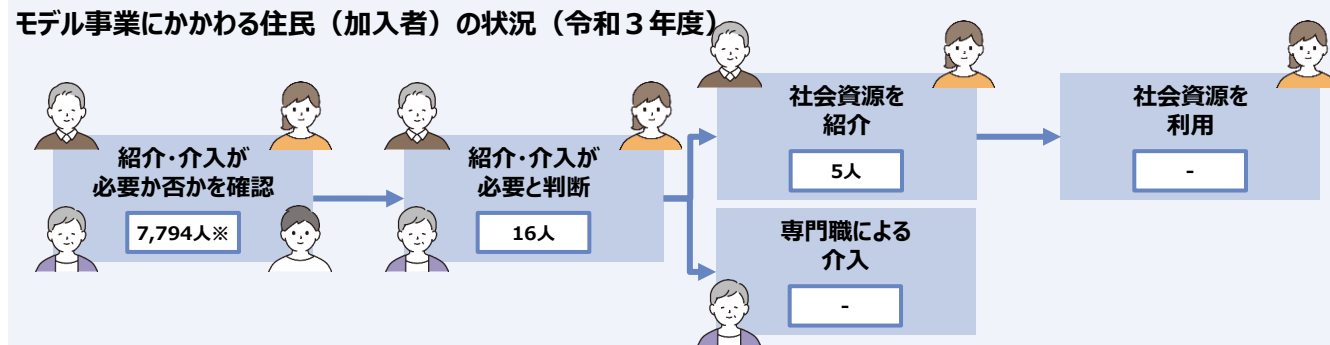
地域活動
（サロン等）

地域包括支援
センター・
まちの保健室等

市区町村
（相談窓口）

取組の成果

取組結果



※7,794人＝特定健診の受診者

取組効果

- 「SDHアンケート」を使用して特定健診受診者をアセスメントすることで、対象者の「生活に関する課題」が明確になり、**健康面以外の支援が必要な対象者を抽出した**
- 対象者の「生活に関する課題」が明確化されたことにより、保健指導においても、**課題・改善目標の設定や取り組みの方法のより具体的な提案**につながった。また、初回面談実施後、継続面談において担当保健師が変更になる際も「SDHアンケート」により、スタッフ間で対象者の生活背景について共通認識をもてるようになった
- 既存の保健指導に併せて取組を行ったことで、その人により適した、多角的な視点での保健指導が実施できた
- モデル事業に取り組む中で、これまで接点がありませんだった**医師と保健師のかかわりが増え、横のつながりが広がった**

今後の方針

- 特定健診及び保健指導の場において、引き続き「SDHアンケート」を継続実施し、経済面や周囲との関係性などの「社会・生活の課題」についてスクリーニングを行い、より効果的な保健指導を実施

取組事例（1/3） - 鳥取県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：琴浦町
 - 人口：16,365人（令和2年時点）
 - 高齢化率：36.8%（令和2年時点）

- 中山間地域における多様な地域主体が活躍する予防・健康づくりに向けて、持続可能な地域の連携役「チームコトウラ」（かかりつけ医、保健師、栄養士等）を構築し事業を推進している。

取組の目的

- かかりつけ医・特定健診の結果が受診勧奨判定又はその予備群とされた者（加入者）、医療保険者等がタイムリーに情報連携することで、「早期発見・早期治療着手による健康維持」及び「地域住民や地域組織が参画した社会的活動による健康づくり」のための体制を構築し、データ分析を介してPDCAサイクルを回しながら、健康寿命日本一のまちづくりを進めること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時、町保健師・民生児童委員・社会福祉協議会の声掛け時等
- 対象者の抽出方法**：かかりつけ医による聞き取りの中で住民が抱える生活への不安や医療以外の支援の要否を判断、リンクワーカーである「チームコトウラ」が情報収集しアセスメントシートである「データヘルスプラン」を作成する中で、貧困でリハビリ通院できていない様子、家の散らかり具合（生活環境）、相談先がない様子等から、家計支援、社会参加が必要な対象者を判断

リンクワーカー

- 担い手**：チームコトウラ（医療保険者、医師会、薬剤師会、在宅保健師、かかりつけ医、栄養士会、民生児童委員等の地域住民、社会福祉協議会、行政等で構成）
- 確保・養成のための取組**：地域への繋ぎに必要な住民へのコミュニケーションスキルや伴走支援の仕方についての研修を実施

社会資源

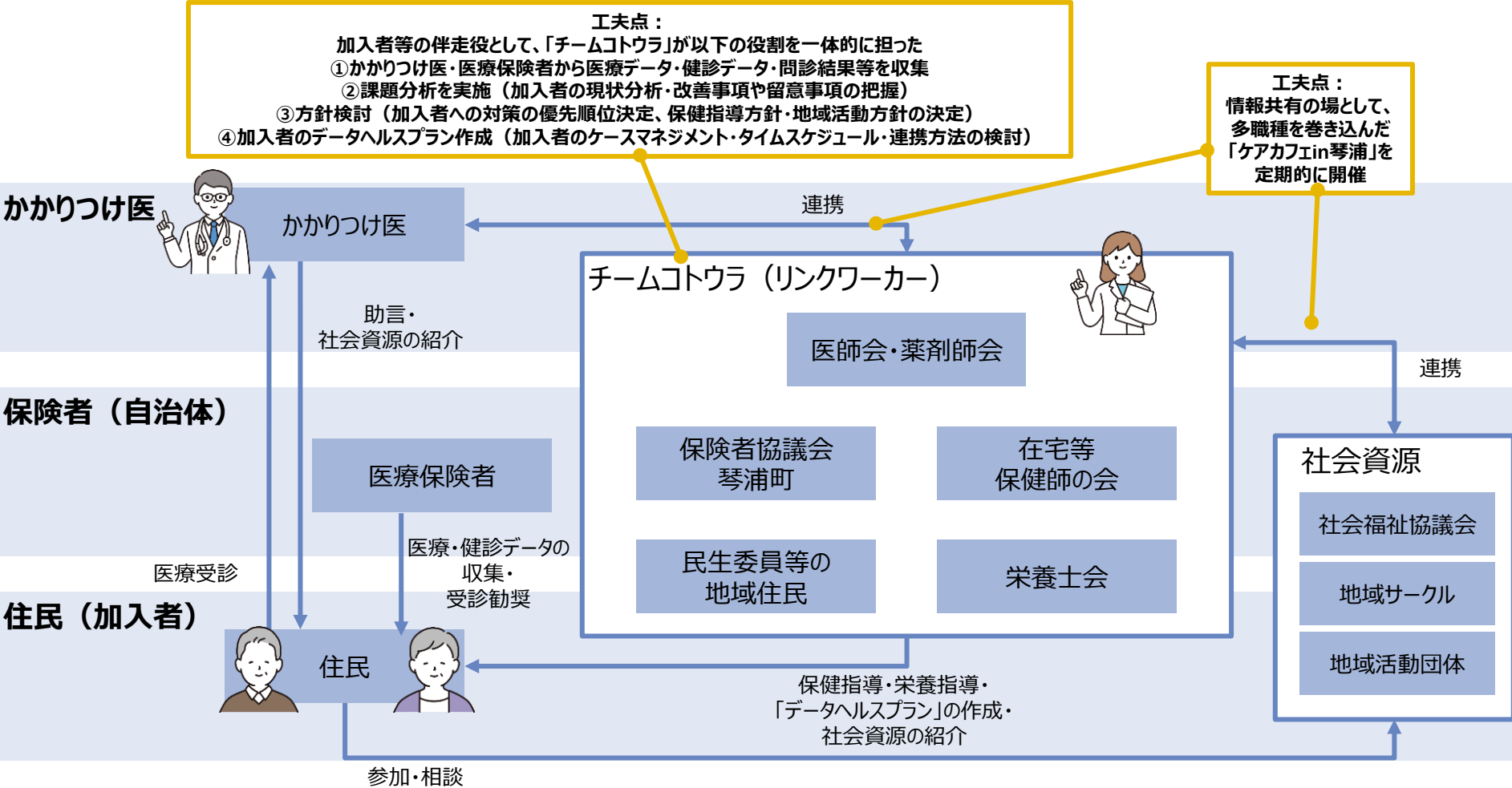
- 主な社会資源**：公的サービス（地域包括支援センター、ハローワーク、社会福祉協議会、家計支援等）、地域団体が実施する活動、まちの保健室、就業、趣味文化活動
- 社会資源の選定・リスト化の方法**：選定について、「チームコトウラ」メンバーによる情報収集の中で判断。また、「ケアカフェin琴浦」（町が事務局を担い、チームコトウラ・地域の活動団体等が参加）を定期的開催し、町内の地域活動グループや、医師、歯科医師、薬剤師、その他様々な分野の活動を紹介し、情報共有を実施。リスト化の方法について、町で把握した情報は地域コミュニティ・社会資源マップ（冊子）を作成するなどし随時更新

取組事例（2/3） - 鳥取県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：琴浦町
 - 人口：16,365人（令和2年時点）
 - 高齢化率：36.8%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：琴浦町、保険者協議会、医師会、薬剤師会、栄養士会、在宅等保健師の会、民生委員等の地域住民

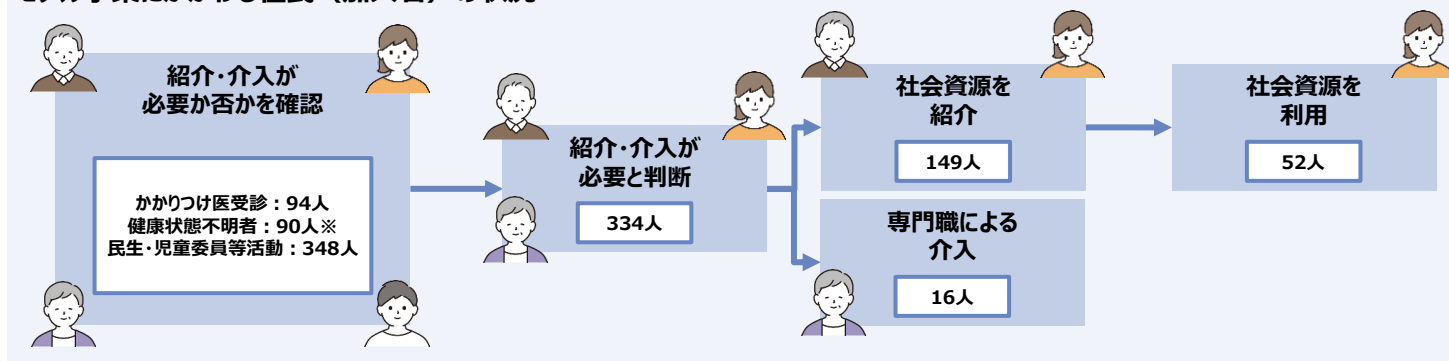


取組事例（3/3） - 鳥取県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：琴浦町
 - 人口：16,365人（令和2年時点）
 - 高齢化率：36.8%（令和2年時点）

取組の成果

● 取組結果 モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※健康状態不明者：在宅保健師、町の保健師の訪問によってアプローチ

● 取組効果

- 主な成果として、以下が挙げられる
 - 「チームコトウ」という枠組で窓口を一本化したことで、町担当課とかかりつけ医等の関係者双方が相談しやすい体制となった
 - 家族以外の困りごとの相談先として、住民に町保健師・民生児童委員等のリンクワーカーや地域サークル等の周知が進んだ
- 医療適正化の観点における成果として、社会資源を紹介した149人の対象者の受療行動後の数値が以下の通り変化した
 - 血糖・血圧・脂質：73人中59人が改善（80.8%）
 - 肥満度：68人中43人が改善（63.2%）
 - 医療費の削減状況（対令和2年度）：100人中47人が削減
- 保健事業の推進における効果として、以下が挙げられる
 - かかりつけ医との連携が密になり、重症化予防事業や特定健診が円滑に実施された

今後の方針

- チームコトウの輪を拡大し、かかりつけ医と地域が連携する仕組みを継続して構築中
- 社会資源である地域サークルが新規に7団体増加して99団体となり、継続して地域活動を進行中
- 定期的に関係者が集まり、リンクワーカー研修や情報共有の場を開催
- 評価指標（特定健診受診率・地域活動参加率等）の達成状況を含めた「中山間地域版予防・健康づくりマニュアル」を作成し、全県下に横展開

取組事例（1/3） - 鳥取県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：大山町
 - 人口：15,370人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.3%（令和2年時点）

- 地域で安心して生活し希望がかなう社会を実現するため、「かかりつけ医」と「おせっかい人（リンクワーカー）」が連携し、地域コミュニティを軸とした事業を展開している。

取組の目的

- 予防健康づくり、孤独・孤立など、あらゆる面から心身共に健康な生活を送ることを目的に、取組を通じてウェルビーイングを推進すること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン：**暮らしの保健室や高齢者サロン等のリンクワーカー（「おせっかい人」）が実施する活動、かかりつけ医による診察時
- 対象者の抽出方法：**スキルを養成されたリンクワーカーがアセスメントシート（「ウェルビーイングスター」）を用いて対象者にヒアリングした上で判断

リンクワーカー

- 担い手：**地域で活動する看護師・助産師等の専門職、町の保健師、高齢者サロンなどの地域活動を実施する住民
- 確保・養成のための取組：**ウェルビーイング研究所（モデル事業をきっかけに地域で活動する看護師や医師が中心となり立ち上げ）による育成研修の実施。月1回開催の会議（「ウェルビーイング推進会議」）において多様な分野の専門職が参集し、幅広い意見交換を実施。報酬制度について、専任リンクワーカーには月毎に定額を支払い、専任以外のリンクワーカーには活動参加につき費用を支払い

社会資源

- 主な社会資源：**公的サービス（行政、社会福祉協議会、地域包括支援センター、公民館等）、地域団体が実施する活動（暮らしの保健室、高齢者サロン、オンライン健康相談等）、シルバー人材センター、子育て支援センター、地域スポーツクラブ
- 社会資源の選定・リスト化の方法：**選定方法について、「ウェルビーイング推進会議」内で検討。リスト化の方法について、公共施設や医療・福祉施設をリスト化・マップ化して町のHPで公開。また、暮らしの保健室の活動拠点をマップ化し、10の日常生活圏域に提供

社会的処方箋

記入日： 年 月 日

この書類に記載する個人情報は研究の目的について、匿名化を施してデータベース化され、研究に活用される。研究結果は地域に広げるため、個人情報は公開しない。また、この書類の原本を大山町健康推進課にて保管することに同意します。
※個人情報保護法に基づき、本書類は厳格な管理のもとで取り扱われます。 署名： _____

【対象者氏名（ふりがな）】 _____ 【性別】 男・女

【年齢】 _____ 歳 【連絡先】 _____ 【記入地】 _____

【住んでいる地区】 _____
大山地区（ 高瀬 ・ 大山 ・ 所子 ） 名和地区（ 庄内 ・ 御茶屋 ・ 名和 ・ 光徳 ）
中山地区（ 達堀 ・ 上中山 ・ 下中山 ）

現在の対象者の状態に関して、以下に該当するものに○をつけてください。
(0) 全くできていない、(1) できていない、(2) まあまあ、(3) できていない、(4) できていない

生活習慣 健康的な食事・運動や、趣味などありますか？

前向きな感情 他者まで明るく笑顔をみせていますか？

心と身体のケア 自分自身の心と身体をいたわりますか？

家族と友人 家族や友人、近所の人と定期的に連絡を取り合っていますか？

症状の管理 医師や薬剤師の指示に従って薬を適切に管理していますか？

住まい 住まいは快適に過ごしていますか？

仕事や活動 仕事や地域の活動に参加していますか？（家族を支援、老人クラブ、高齢者向けプログラムの参加等）

経済状況 収入が足りて生活はできていますか？

【社会的処方箋】（人とのつながりが悪い、経済状況が悪い、生活習慣が悪いなど、上記で悪い状態の部分を中心に、最終的どのような状態を記入してください。）

【処方箋の提案】（現状をどのように改善したいか、どのようなつながり・連携が考えられるか、ご意見があれば記入してください。）

ウェルビーイングスター
出典：鳥取県提供資料

取組事例（2/3） - 鳥取県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：大山町
 - 人口：15,370人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.3%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：おせっかい人（リンクワーカー）・保険者協議会・大山町・ウェルビーイング研究所・町内かかりつけ医（7機関）・地域自主組織・社会福祉協議会

かかりつけ医



かかりつけ医

工夫点：
「かかりつけ医」・「おせっかい人」が連携し、医療保険者や行政等関係者と月1回開催の「ウェルビーイング推進会議」で定期的に協議

情報交換
（健康状態・生活環境が
気になる方へのサポート等）

地域コミュニティ （自治体）

養成

ウェルビーイング
研究所

工夫点：
国保加入者以外の対応において、
保険者協議会が調整や舵取りを担い、
橋渡し役として機能

定期的な情報交換・
必要な行政サポートの検討及び提供

保険者協議会・
自治体

おせっかい人
（リンクワーカー）



リンクワーカーが実施する活
動への参加・
ウェルビーイングスターによる
アセスメント

医療受診

社会資源等の情報・サービ
ス提供のサポート

住民

地域住民



社会資源

公的サービス
（行政・公民館・地
域包括支援セン
ター）

地域団体による
活動
（暮らしの保健室・
サロン等）

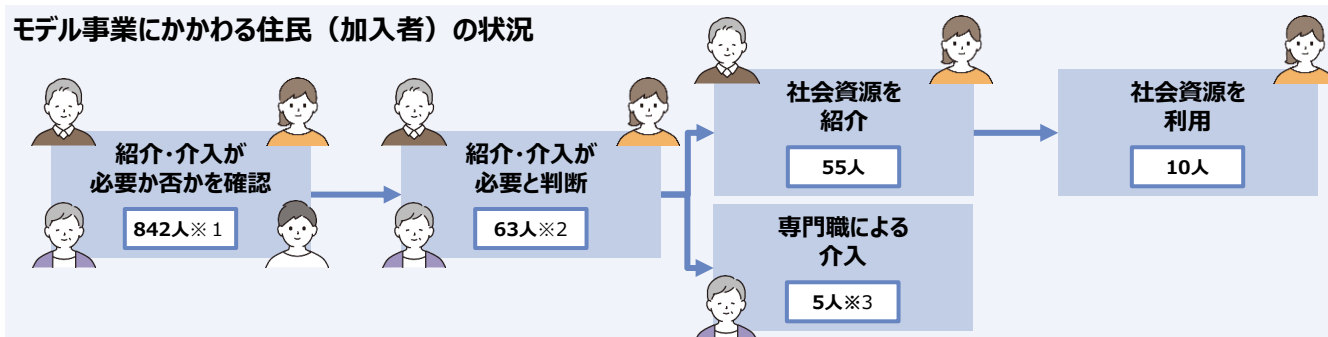
その他
（シルバー人材セン
ター・子育て支援セ
ンター）

参加・相談

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※1：842人→暮らしの保健室に参加し、ヒアリングを通じてウェルビーイングスターを用いた検討が必要かどうかを確認した人数

※2：63人→実際にウェルビーイングスターを作成した人数

※3：5人→社会資源の紹介はしていないが、リンクワーカー（看護師等）が継続的に介入した人数

取組効果

- モデル事業実施後、町民全体へのアンケートを実施した結果、以下の結果がみられた
 - この1年間で自身の健康を考える機会が増えた：77%
 - 地域活動参加率：69%（令和3年度：62%）
 - この1年で地域活動が増えた者のうち、満足度が向上：72%
- リンクワーカー（おせっかい人）の活動者数が**4名から70名に増加**（リンクワーカー同士の横のつながりを経て増加）
- 医療的成果の観点では、以下の傾向がみられた
 - 重複服薬者の月平均人数：**5.1%減少**（令和3年→令和4年）
 - 3機関以上重複受診者月平均人数：**3.2%減少**（令和3年→令和4年）

今後の方針

- リンクワーカーが地域で継続的に活動するための財源（ふるさと納税・新たな補助金等）を確保し、取組を継続
- 令和5年度から、鳥取県が市町村に対して補助制度（孤立孤独の県補助事業）を開始
- 「シン福祉ミーティング」の名称で、月1回、地域の実組織・おせっかい人・行政・社会福祉協議会等が集まり、地域の課題について議論し、顔の見える関係性を構築

取組事例（1/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

- 農業分野・芸術文化分野の活用を含めた「社会とのつながり」の紹介によって、社会的孤立に起因する健康面・社会生活面の課題解決を支援しようとしている。

取組の目的

- 孤立などに起因する疾病の重症化が懸念される住民（被保険者）について、かかりつけ医と連携して重症化を予防するとともに孤立を解消するために地域コミュニティや社会資源につなげる取組を行い、被保険者の健康面だけでなく社会生活面の課題解決につなげる仕組みを構築

取組内容

課題発見 シーン

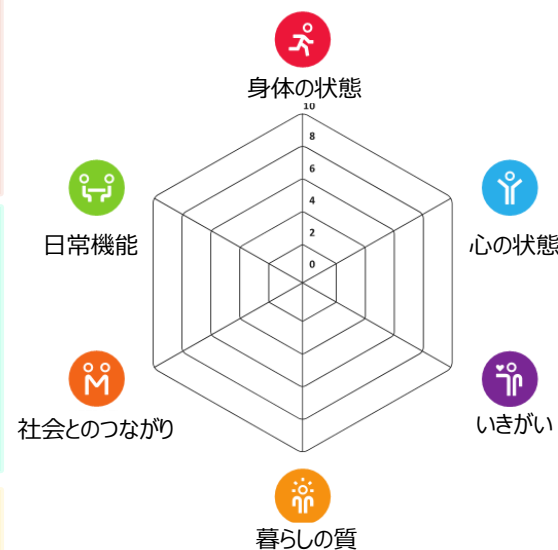
- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時、健康状態不明者（65～74歳のうち、過去3年間で健診・通院がなく健康状態が不明の方）への受診勧奨時
- 対象者の抽出方法**：かかりつけ医の診察場面では医師が生活課題のある対象者を判断。健康状態不明者に対しては、電話・訪問を通じて保健師が聞き取り調査を実施し、生活面に問題がある対象者を抽出

リンクワーカー

- 担い手**：保健師、看護師
- 確保・養成のための取組**：リンクワーカー養成研修の実施（課題解決の基本的な考え方・技術を学び、地域包括ケア・地域共生社会の実現に向けて、リンクワーク機能の充実を図り、現場での実践に活かすことを目的として、全3回の研修を実施）また、ポジティブヘルス（クモの巣チャート）を参考に相談者とリンクワーカーでチェックし、コミュニケーションツールとしても活用できるアセスメントシートの作成を検討中

社会資源

- 主な社会資源**：趣味・文化的活動（農業、アート、毎日元気にクラス、ひとり暮らし高齢者のつどい）、公的サービス（介護保険制度、自立支援制度）、高齢者相談センター、地域包括支援センター、（公社）シルバー人材センター、（一社）猫の手くらぶ
- 社会資源の選定の方法**：対象者の話を聞く中でリンクワーカーが判断



クモの巣チャート
出典：Institute for Positive Health

取組事例（2/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：保険者協議会、兵庫県、養父市、医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会

工夫点：
かかりつけ医からリンクワーカーに、対象者の状況や支援依頼について簡易に連携できるよう、「相談支援依頼シート」を作成・活用

かかりつけ医・
病院組合



かかりつけ医

情報連携

保険者（自治体）



保険者
（リンクワーカー）

特定保健指導・
受診勧奨・
地域コミュニティ等への参加勧奨

住民（加入者）

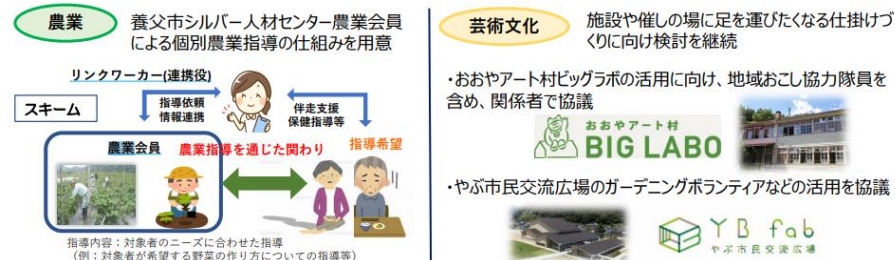
医療受診



住民

参加・相談

工夫点：
地域特有の社会資源（農業・芸術文化）の活用



出典：兵庫県提供資料

社会資源

既存の集いの場
(健康教室、自治協活動、高齢者サロン、趣味・スポーツ、高齢者大学、公民館教室、ボランティア活動)

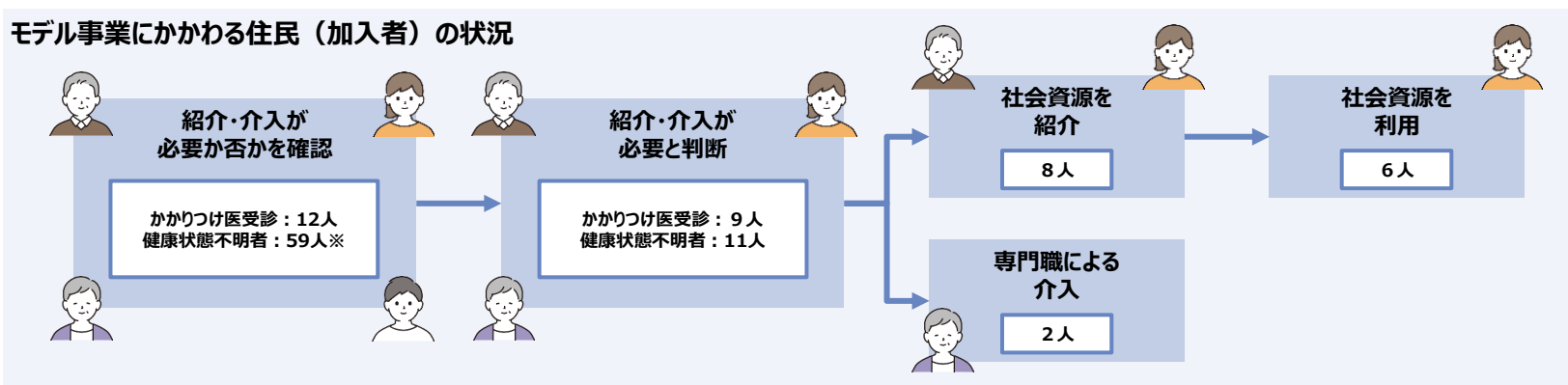
農業分野
(養父市シルバー人材センター農業会員による個別農業指導の仕組みを用意)

芸術・文化
(針金アート講座の開催、「やぶ市民交流広場」や「おおやアート村ビッグラボ」と連携したアート指導、イベント参加等による通いの場づくり)

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※健康状態不明者：65～74歳のうち、過去3年間で健診・通院がなく健康状態が不明の方

取組効果

- かかりつけ医からの反応として、「**重複多剤服薬が改善した**（薬局一本化につながり、服薬管理の不安が減少した）」「医療だけでは担えない生活面に課題を持つ患者をつなげる（相談する）窓口・手段ができたことで、**医療機関への不定期の困った受診（2週間に3・4回）や体調不良を理由とした電話相談の数が減少**し、スタッフの負担が軽減した」「**重度の疾病を抱えるひきこもり事案が医療・介護につながった**ことで、今は本人が受診できる状況になった」といった声があった
- 様々な事例に対応する中で、社会的処方3要素「本人中心性」「エンパワメント」「共創」を意識した伴走支援の重要性を再認識できた

今後の方針

- 対象者の生活背景に対して、客観性をもってアプローチできるよう、「健康の社会的決定要因（SDH）」の観点を踏まえたアセスメントツールを活用し、糖尿病重症化予防・特定保健指導等への応用について検討
- 受け皿となる住民主体の多様な地域コミュニティ活動の促進（市民向けリンクワーカーであるコミュニティコネクターを対象とした研修の実施、地域・市民活動の支援、自治協の機能強化）
- ケースを積み上げ、好事例の横展開を実施
- 専門職リンクワーカー（ヘルスコネクター）研修の継続 等

- 取組実施市町村：釜石市
 - 人口：32,078人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.0 %（令和2年時点）

- ## 取組の目的

- ## 取組内容

リンクワーカー

- ## 社会資源

- ### [Cパス: 健康・バリアス] 医師がチェックする

1. フォローが必要な項目(複数可) ○

☐血圧値 ☐尿 ☐腎機能検査 ☐糖・代謝検査 ☐尿 ☐脂質検査
☐肝機能検査 ☐貧血検査 ☐白血球 ☐心電図検査
☐視力検査 ☐その他() ○

2. 診療結果

1) 治療の方針 ☐あり(複数可) ☐経過観察 ○

☐食事療法
☐運動療法
☐薬物療法
☐それ以外() ○

3. 今後の生活について ○

1) 保健指導や生活上の支援の必要性 ○

☐必要 ☐あり(複数可) ☐なし ○
☐家族へ
☐患者へ

2) 地域資源の活用による社会参加 ○

☐家庭訪問
☐福祉施設
☐禁煙チャレンジ教室(集団) ○
☐減塩チャレンジ教室(集団) ○
☐その他() ○

対応可能? お薬相談会? ⇒

[Dパス: 生活習慣・生活環境] 医師がチェックする

1. 生活習慣(食事・運動)の中で確認がしづらい項目

 - 作業家の具体的なイメージが、わからないから患者さんに伝えにくい
 - 継続的・定期的な「食」に関する相談が難しい
 - 喫煙習慣? 100%禁煙? 又は、何%減煙(月)

[Eパス: 生活習慣・生活環境] 医師がチェックする

1. 生活習慣(食事・運動)の中で確認がしづらい項目

 - 作業家の具体的なイメージが、わからないから患者さんに伝えにくい
 - 継続的・定期的な「食」に関する相談が難しい
 - 喫煙習慣? 100%禁煙? 又は、何%減煙(月)

[Sパス: 健康状態・生活状況調査シート]

1. あなたの現在の健康状態はいかがですか。
 1)よい() 2)まあいい() 3)ふつう() 4)まあよくない() 5)よくない() 6)よくない()

2. 睡眠や休養はとれていますか。
 1)十分でない() 2)やや不足() 3)不足() 4)不足()

3. 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。
 1)はい() 2)いいえ()

4. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと感じますか。
 1)はい() 2)いいえ()

5. 医師が悪いことか知りごうかと思った時に、近くに相談できる人はいますか。
 1)はい() 2)いいえ()

6. 生活の困りごとを気軽に頼める相手はいますか。
 1)身近にいる() 2)やや身近にいる() 3)身近にいる() 4)いない()

7. 家族や知人とはよく会話していますか。
 1)する() 2)時々() 3)あまりしない() 4)ほとんどしない()

8. 同居家族は何人ですか。
 1)一人暮らし() 2)高齢夫婦生活() 3)それ以外()

9. 給付や年金の支給日前に、暮らしに困ることはありませんか。
 1)ない() 2)たまにある()

10. 日常生活のなかで、不安や心配に思うことはありますか。
 1)ある() 2)ない()

・本人が記載する

・特定保健指導対象者
及び後期高齢者保健指導
は記載と同時に保健師等の面
談あり

・C判定者は、医師会が回収し、
C判定の結果により保健師等が
訪問面談を行う

「配慮はこれではかたじけなく
か?」
「クロス集計の項目はこれでは
たろうか?」
「S/S(スズ多職種や住民主体の
プラットフォーム(つばか)など)で
活用できないだろうか?」

アセスメントシート（「健康づくりパス」・「生活状況調査シート」）イメージ
出典：岩手県提供資料

取組事例（2/3） -岩手県保険者協議会（令和4～5年度）

- 取組実施市町村：釜石市
 - 人口：32,078人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.0%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：**釜石市、釜石医師会、釜石歯科医師会、釜石薬剤師会、在宅介護支援センター、社会福祉法人等

工夫点：
保険者、医師会、在宅介護支援センター、社会福祉法人等による連携体制（プロジェクトチーム）を構築し、年4回の事業推進検討会を開催

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

アセスメントシートを持参して医療受診

医師方針をアセスメントシートに追記して提出

検討会議

医師会

保険者

情報共有・経過報告

対象者に応じて適切なリンクワーカーに繋ぐ

工夫点：
リンクワーカー・プロジェクトチームを対象とした人材育成研修を実施し、事例検討を通じて社会資源への理解を深化

保険者（自治体）



保険者

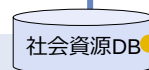
特定健診

受診勧奨とともにアセスメントシートを配布

リンクワーカー

ケアマネジャー・生活支援コーディネーター

保健師・栄養士



工夫点：
リンクワーカーが住民に適した社会資源を紹介できるよう、収集した社会資源データを精査しリスト化

住民（加入者）



住民



社会資源を紹介

社会資源

地域包括支援センター・社会福祉協議会等

市の保健事業（健康相談、栄養相談、禁煙・減塩教室）

地域の参加資源（運動、ボランティア、趣味・学習）

参加・相談

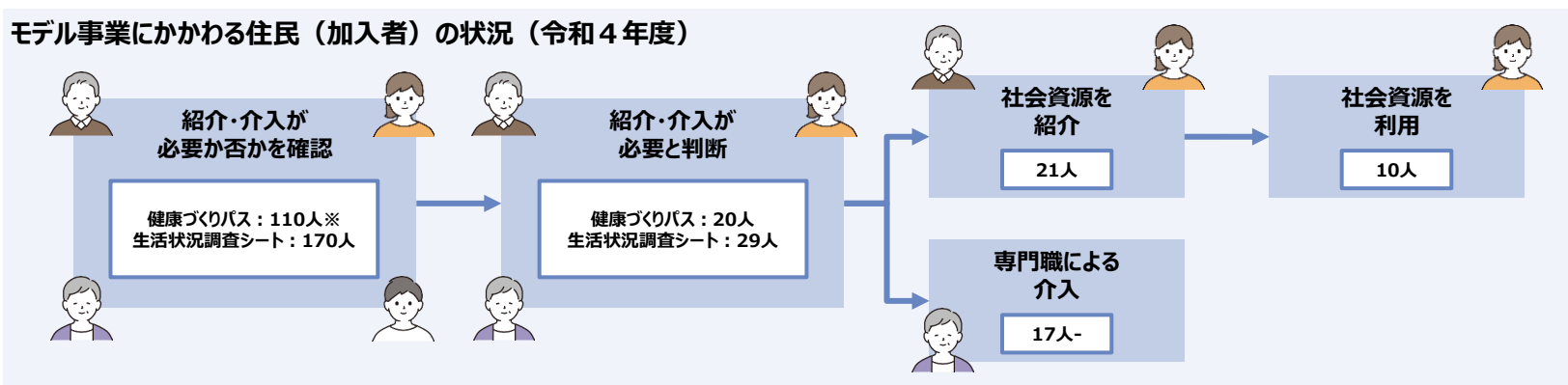
取組事例（3/3） - 岩手県保険者協議会（令和4～5年度）

- 取組実施市町村：釜石市
 - 人口：32,078人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.0%（令和2年時点）

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況（令和4年度）



※健康づくりパス＝かかりつけ医受診時

取組効果

- 医療機関と市の保健師・管理栄養士の顔の見える関係づくりが推進され、**保健事業と医療機関の連動**が図られた
- 医師会が主体的に、市の健診受診勧奨に関する取組を行うため、医師からの理解が得られやすく、結果として、**健診の受診率が向上**（5.8ポイント増加）
- 医師会理事会などの場で、健診項目に関する医師の意見を聴取できたことで、市として検討するきっかけとなった
- 栄養相談のニーズが高いことが把握され、**市の管理栄養士のモチベーションが向上**
- かかりつけ医等に、**市の保健事業（相談窓口・教室）の認識・理解**を図れる機会となった

今後の方針

- 紹介・介入等が必要とされたケースに対する**保健師等のフォロー体制が確立されていないため、組織体制の整備と重層的支援体制整備事業等の活用による人材育成を実施予定**

取組事例（1/3） - 大阪府保険者協議会（令和3～4年度）

- 取組実施市町村：高石市
 - 人口：55,635人（令和2年時点）
 - 高齢化率：28.5 %（令和2年時点）

- 自治体連携による妊産婦の心身の予防的セルフケアを促進する社会的処方システムの構築を進めている。

取組の目的

- 妊産婦の体力低下、メンタルヘルスの悪化、孤立・孤独、社会資源・サービス利用不足の改善
- 妊産婦の心身の健康増進と予防的セルフケアを促進及び、参加しやすい社会資源の開発

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：産婦人科・助産所の診察時、本事業で開発した「運動＆相談一体型教室」の参加時
- 対象者の抽出方法**：「エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）」による抽出、医療機関等の受診時や予防接種時、家庭訪問時に「運動＆相談一体型教室」へ誘導し助産師等との相談やヒアリング時に判断

リンクワーカー

- 担い手**：市立母子健康センターの助産師・地域ボランティア（出産後～1年までに3回全家庭を訪問するボランティア）
- 確保・養成のための取組**：市立母子健康センターの助産師や、市の母子保健専門職へ研修会を実施。地域ボランティアについては、講習会を実施し妊産婦に対し地域の社会資源・サービスの存在や内容、それらの有用性（魅力や楽しさを含む）等を口コミで伝える役割を担う「健幸アンバサダー」を育成した。

社会資源

- 主な社会資源**：「運動＆相談一体型教室」（オンライン・対面のハイブリッド形式）、市立母子健康センターで実施している各種教室（マタニティヨガ、アロマ、沐浴、産後ケア等）等
- 社会資源の選定の方法**：基本的に対象者には、本事業で開発した「運動＆相談一体型教室」や市立母子健康センターで実施している各種教室を案内



「運動＆相談一体型教室」の様子
出典：大阪府提供資料

取組事例（2/3） - 大阪府保険者協議会（令和3～4年度）

- 取組実施市町村：高石市
 - 人口：55,635人（令和2年時点）
 - 高齢化率：28.5 %（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制**：大阪府保険者協議会、高石市、高石市医師会、つくばウェルネスリサーチ

産婦人科・小児科・保健センター



かかりつけ医

保険者（自治体）・市立母子健康センター

「エジンバラ産後うつ病自己評価票」等によるアセスメント

情報提供



助産師・地域ボランティア（リンクワーカー）

医療受診

社会資源の紹介

住民（加入者）



妊産婦

社会資源

運動＆相談一体型教室

市立母子健康センターで実施している各種教室

参加・相談

工夫点：
市内の妊産婦は、市域に産科がないことから、隣接する自治体と産科にも協力を依頼

工夫点：
オンライン・対面のハイブリッド形式で実施するほか、SNSでの動画配信も実施

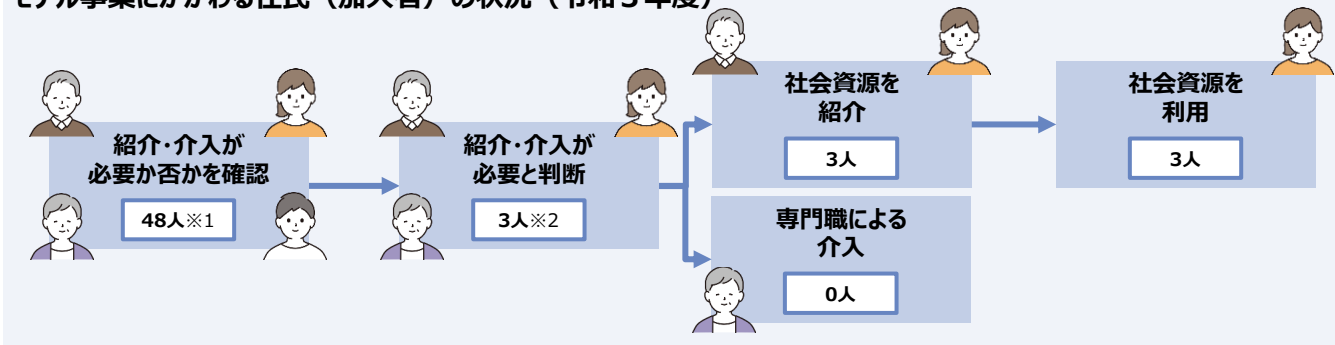
取組事例（3/3） - 大阪府保険者協議会（令和3～4年度）

- 取組実施市町村：高石市
 - 人口：55,635人（令和2年時点）
 - 高齢化率：28.5%（令和2年時点）

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況（令和3年度）



※1：48人＝市立母子健康センターから一体型教室の活動に案内した人数

※2：3人＝教室に参加されたり、エジンバラ産後うつ病自己評価票で評価した結果、紹介・介入が必要と判断された人数

取組効果

- オンラインでの「運動＆相談一体型教室」は、子育てで時間がない母親において有用なサポート体制である可能性が示された
- 「運動＆相談一体型教室」の参加者からは、「ママ友ができた」や「子育てに自信がついた」等の肯定的な意見等があった
- 産婦人科からは、「産後3年の母親を対象とした取組が地域に提供されることは良い」との意見があり、積極的な本事業への協力につながった

今後の方針

- 「妊婦・子育て家庭への伴走型相談支援」の活用し、市立母子健康センターにおいて継続的に取り組む予定

取組事例（1/3） - 秋田県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施地域：8 医療圏（令和3年度は、5 医療圏で実施）
- 秋田県人口：959,502人（令和2年時点）
- 秋田県高齢化率：37.5 %（令和2年時点）

- かかりつけ医への受診を通じて、対象者が抱える「健康の社会的決定要因：Social Determinants of Health (SDH)」を把握し、個々の対象者に合った社会資源へとつなげ、対象者の生活を支援しようとしている。

取組の目的

- 患者が抱える孤立、貧困、DV・虐待など、健康に影響を及ぼす社会的決定要因（SDH）を取組を通じて取り除き、病気の重症化予防・フレイル予防につなげることで、患者が地域において生き生きと健康で暮らせる社会を実現すること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時
- 対象者の抽出方法**：秋田県医師会・研究チーム等で検討し、独自の問診票を作成。問診票は社会的孤立リスク因子を以下の9項目で判断し、総点数が高いほど社会的孤立に陥っているリスクが高いと定義。
 - ①独居、②要介護、③閉じこもり傾向、④経済的困窮、⑤メンタル面、⑥環境面問題、⑦相談できる人いない、⑧認知症、⑨短縮版UCLA孤独感尺度

リンクワーカー

- 担い手**：保健師、看護師、社会福祉士、公認心理師等
- 確保・養成のための取組**：リンクワーカーのネットワーク化を視野に、相互に情報交換できる仕組みを令和4年度に構築した。令和5年度にはリンクワーカー研修会の開催を予定。活動費として1か月ごとにリンクワーカーに報酬を支払い

社会資源

- 主な社会資源**：サロン、運動教室、運動サロン、デイサービス、包括支援センター、高齢者の集いの場等
- 社会資源の選定・リスト化の方法**：選定について、リンクワーカーが保険者やかかりつけ医等と情報共有を図りながら、個々の患者にあった地域の社会資源につなげている。また、適切な地域の社会資源が地域にない場合には、自ら傾聴する等し、患者を支援するよう努めている。リスト化については、地域資源マップを作成

問診票		年 月 日	
氏名		性別	男・女
		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
		(年齢)	()
(1) 家族について			
氏名	続柄	キーパーソンであるか	現在の状況
〇〇 〇〇	本人	〇	職業など
			健康状態や関係性など
(2) 健康状態について			
現在患っている疾病	疾病名	投薬・治療状況	備考
① あなたの介護状況			
(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)・必要なし			
② 身近な人で介護の必要なのは誰か。			
(続柄) () (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)			
(続柄) () (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)			
(続柄) () (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)			
(3) 生活について			
特に苦しい点	①1日を過ごすことが難しい。 1. 家族 2. 友人・知人 3. ほとんど一人 ②週に1回は外出しているか。(通院以外) はい いいえ		【備考】

問診票
出典：秋田県提供資料

取組事例（2/3） -秋田県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施地域：7 医療圏（令和3年度は、5 医療圏で実施）
- 秋田県人口：959,502人（令和2年時点）
- 秋田県高齢化率：37.5 %（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：秋田県医師会、秋田県保険者協議会
- 令和3年度は5 医療圏、令和4年度は7 医療圏で実施

工夫点：
実施地区単位で開催する検討委員会や状況報告会のほか、全県単位で開催する事業評価委員会や事業報告会を通じて、関係者間で情報共有を行っている

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

診察・問診票を用いた
アセスメント

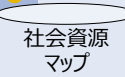
保険者（自治体）



保健師・看護師等
（リンクワーカー）

支援

情報提供・共有



対象者の紹介・
情報共有

工夫点：
リンクワーカーのネットワーク化を視野に、リンクワーカー同士が相互に情報交換できる仕組みを構築

工夫点：
秋田県・市町村から情報を提供してもらい秋田大学が地域資源マップを作成

住民（加入者）



住民
（SDHを抱える患者）

医療受診

相談

参加・相談

社会資源

自治組織
（町内会、老人クラブ、自治会）

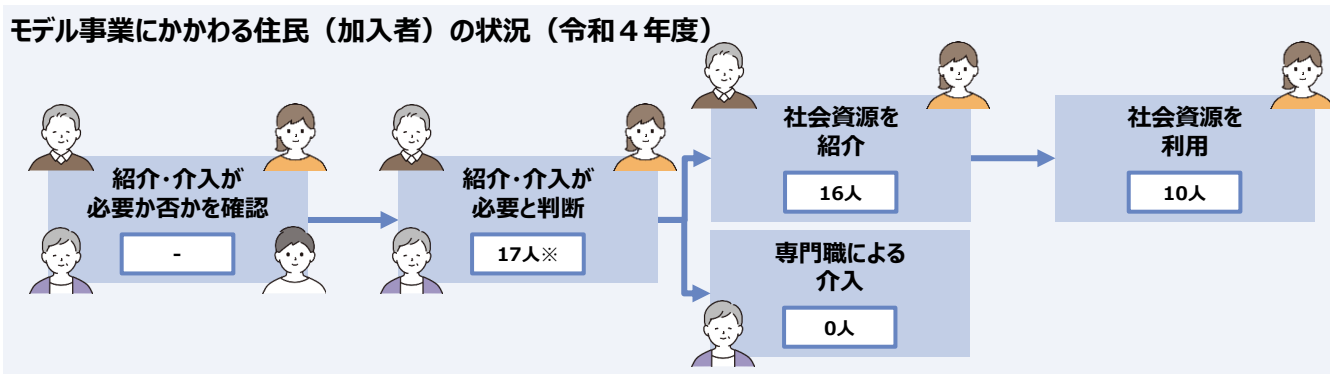
健康教室
（体操教室、介護予防教室）

相談窓口
（暮らしの窓口、サロン、弁護士等）

社会貢献等
（ボランティアセンター、NPO、生涯学習サークル）

取組の成果

取組結果



※17人：問診票を使用した対象者

取組効果

- 対象者の**医師に対する信頼度が高まった**
- 対象者の**介護保険認定につながった**
- 対象者の**高脂血症数値の改善**がみられた
- 対象者の運動意欲が増し、**運動習慣が確立**した
- 「精神的に明るくなった」「町内会で周りの方と会話するようになった」「サロンなどへの外出が増えた」等の**対象者の行動変容が確認**できた

今後の方針

- 地域ごとの**社会資源・人的資源の偏在・不足が課題**となっているため、今後は**資源の掘り起こしが必要**
- 現在は秋田県が主体となり取組を実施しているが、将来的には**市町村を主体**とした事業の実施も想定

取組事例（1/3） - 三重県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施市町村：名張市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

- 既存の事業（重層的支援体制整備事業、在宅医療・介護推進事業等）や住民自治の意識が醸成された土壌を活かし、保険者・医師会等の連携を通じて社会的リスクを抱える対象者への社会生活面の支援を実施しようとしている。

取組の目的

- 医療を起点とした連携システムにより、**疾病の重症化予防と孤独・孤立による生活困窮を含む生活課題の重複・重症化を予防**すること。また、専門職や自治体、関係機関のネットワーク化により、**重層的な支援体制を構築**すること
- 支援の受け手・担い手の垣根をこえ、ともに支え合う地域共生社会の理念の具現化に向け、**リンクワーク機能の強化**を図ること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時、地域住民や在宅医療・介護関係機関、行政他部署からリンクワーカーへの情報提供、既存調査（高齢者実態調査）による孤立ハイリスク者の抽出
- 対象者の抽出方法**：かかりつけ医による診察時は、ひきこもり・不登校・DV等の名張市が設定する12項目の課題を基に判断。その他住民やリンクワーカーからの発見においては、「名張市地域福祉教育総合支援ネットワーク」による15の課題を基に判断。（右図参照）

リンクワーカー

- 担い手**：保健師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、行政職員、民生児童委員・区長等の住民
- 確保・養成のための取組**：リンクワーカー研修会の実施（「ステイホームダイアリー」、「できることもちよりワークショップ」、「まちあるき」等）

社会資源

- 主な社会資源**：高齢者サロン、子育て広場、老人クラブ、ボランティア、動物愛護団体、趣味活動、自助グループ、生涯学習の教室、公園、病院、運動施設等
- 社会資源の選定・リスト化の方法**：選定について、リンクワーカーが対象者本人の希望及び安全な生活・重症化予防のために必要なことを基に判断した。リスト化について、①「社会的処方」のタネ集（インフォーマル情報142件）を作成し、リンクワーカー内で共有②Googleマップを用いて生活者目線の社会資源を地図上に蓄積③地域資源情報共有システム「なばリンク」の活用④3点を実施

複合的な生活課題を抱える対象者



「名張市地域福祉教育総合支援ネットワーク」による15の課題
出典：三重県提供資料

取組事例（2/3） - 三重県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施市町村：名張市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制**：保険者協議会、保険者（名張市市民部保険年金室）、名賀医師会、名張市立病院

工夫点：
連携促進のため、1～2か月に1回程度
関係者間でカンファレンスを開催し、
事例検討や情報共有を実施

工夫点：
医師の手間を減らすため、
医療機関からの情報はFAX一枚
で提供してもらう形式とした

工夫点：
リンクワーカーの負担とならないよう、
内部研修はリンクワーカーの
就業時間内に実施

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

保険者（自治体）



保健師・
管理栄養士

保険者

住民（加入者）



住民

リンクワーカー

医療ソーシャル
ワーカー・看護師

保健師・介護支援
専門員

行政職員

地域住民
（民生委員等）

社会資源

公的サービス
（高齢者サロン等）

公的外サービス
（趣味の活動等）

医療受診・
特定健診

栄養指導・
保健指導

既存調査（高齢者実態調査）
による孤立ハイリスク者の抽出

養成・機能強化

情報提供・社会資源の紹介等

参加・相談

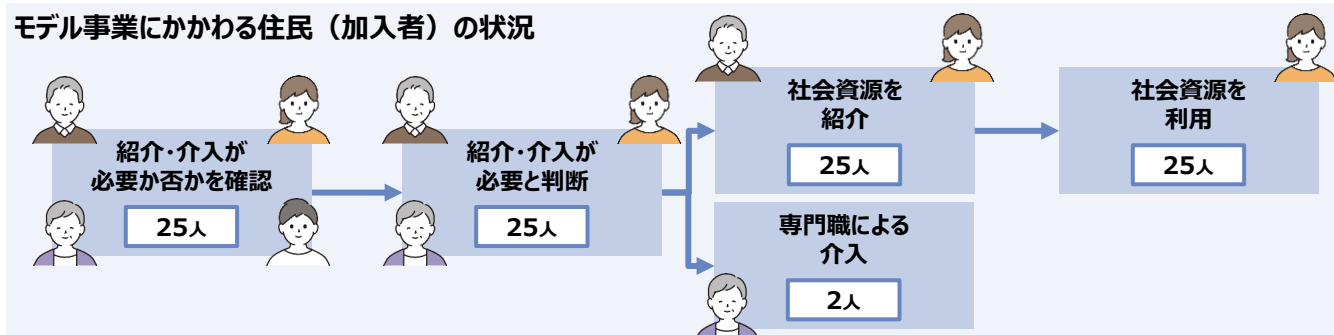
情報提供・フィードバック

取組事例（3/3） - 三重県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施市町村：名張市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の成果

● 取組結果 モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※かかりつけ医による診察時を起点とした人数のみを記載

● 取組効果

- 「ステイホームダイアリー（右図参照）」等の県独自のリンクワーカー研修の実施により、**新たな社会資源の発掘・創出**につながった
- 医療受診を起点とした対象者の発見に併せて、医療機関から遠ざかっている健康状態不明者の抽出を実施**することで、より効果的な対象者の発見につながった
- 「在宅医療・介護推進事業」、「重層的支援体制整備事業」、「高齢者と保健事業の一体的推進」、「重複受診への指導」等の**他事業との連動が対象者の発見や紹介・紹介の検討、紹介先となる関係機関との連携推進に有効**であり、必要と認識した
- 事業活用後、医療機関から市に情報提供等連絡があったりと、**市と医療機関との連携が強化**された
- リンクワーカーが、紹介先となることを意識して、地域における介護予防や健康づくりの教室等のポピュレーションの場との連携を主体的に図る等、既存の保健事業の推進にも効果がみられた



出典：ステイホームダイアリープロジェクト
ホームページ

今後の方針

- 既存事業（在宅医療・介護連携事業、重層的支援体制整備事業、一体化事業等）との連動
- 三重県との連携による人材育成の継続